

HANNA NOHYNEK

Kirjoittaja on ylilääkäri Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa, tutkii rokotteiden vaikuttavuutta ja on kansallisen rokotusasiantuntijaryhmän sihteeri.

Asiantuntijat rajoillaan

Hallitusneuvottelut ovat tuoneet suurennuslasin alle taas kerran sen, kuka saa vaikuttaa mihin ja kehen yhteisten asioiden hoidossa. Lobbyareita on osoitettu sormella ja vaadittu rekisteröitymään.

Myönteisessä mielessä lobbaus ymmärretään keskusteluun, asiantuntemukseen ja argumentteihin perustuvana tiedonvaihtona ja verkostoitumisena, siltojen rakentamisena ja yhteyksien luomisena, jota pidetään toimivan demokratian olennaisena piirteenä. Kielteisessä mielessä lobbaus yhdistyy pyöröoviin ja hämäräbisnekseen ja rapauttaa kansanvaltaa.

Keskustelun ytimessä on riippumattomuus ja jäävyys, asiantuntijuuden rajat.

Mutta kuka on lobbari? Kuka asiantuntija? Miten asiantuntijaksi tullaan? Miten asiantuntija tunnistaa omat sokeat pisteensä?

Jääviiden ilmoittamisessa luotetaan yleensä asiantuntijan omaan arvostelukykyyneen. Kuinka moni meistä onkaan luentonsa toisella slidella kertonut, ettei sidonnaisuuksia ole. Koska ei ole saanut firmalta luentokorvauksia, tutkimusrahoitusta eikä omista firman osakkeita. Entäs onko vielä jotain muuta erityistä ilmoitettavaa? Yleensä ei, sillä katsomme asiaa teollisuuskytkösten näkökulmasta. Ikään kuin muita sidonnaisuuksia ei voisi edes olla. Kuten vanhukset. Tai lapset. Tai kaikki maailman lapset. Tai keuhkokuume, influenssa ja pneumokokki jotka ovat niiiiiiniin mielenkiintoisia tutkimuskohteina. Haluaisin kaikille kaikki nämä

rokotteet, maksoi mitä maksoi. Koska olen lääkäri. Koska välitän ja olen empaattinen. Eihän oikeudellakaan ole hintaa, sanovat.

Ei liene kummallista, että kun kansanterveyden asiantuntija tarkastelee intervention tarvehankintaa oman vastuunsa näkökulmasta väestötasolta, tutkiva journalisti ja kliinikkokollega älähtävät. Niillä täytyy olla agenda. Ne varmasti suosi-

vat omia intressejään, haluavat jatkaa tutkimustaan. Onko tuo edes eettistä?

Muistan elävästi amerikkalaisten paheksunnan parikymmentä vuotta sitten, kun rekisteröimistarkoituksessa tehdyn laajan kenttätutkimuksen jälkeen Suomi ei ottanutkaan pneumokokkirokotusta kansalliseen ohjelmaan. Koska se oli meille liian kallis arvioituihin saavutettaviin terveyshyötyihin nähden. Koska epäsuorasta väestötason laumasuojasta ei vielä ollut riittävästi luotettavaa näyttöä. Amerikkalainen kollega oli unohtanut, että Suomessa rokotussuosituksukset ja hankinnat tehdään lähtökohtaisesti väestön terveyden näkökulmasta, suomalaista dataa ja kustannusvaikuttavuusmalleja hyödyntäen. Johon tarvitaan omaa tutkimusta. Koska rokotusohjelmamme rahoitetaan verovaroin. Olemmehan luoneet selkeät säännöt: jotta roko-

te otetaan ohjelmaan, on voitava osoittaa, että rokotuksilla voidaan ehkäistä ainakin kohtuullisen suurta tautitaakkaa, että rokote on riittävän turvallinen ja että kustannusvaikuttavuus oletetaan kohtuulliseksi.

Näin ei ole kaikkialla. Köyhäinavusta nousseissa maissa rokotusohjelmista puuttuu useita uusia rokotteita, koska lobbari-asiantuntijalle maanpuolustus merkitsee kilpavarustautumista aseineen, ei rokottein. Rokotusohjelmien kustannuksien ääripää on Yhdysvallat, jossa näkökulma on aina ollut ylityökylläinen; terveystalouden asiantuntijoita ei Valkoisen talon käytävillä nähdä.

Ei ole sattumaa, että vuonna 2016 rokotusohjelma maksoi meillä kansalaista kohden vain kolmasosan siitä minkä Saksassa, jossa ohjelma rahoitetaan vakuutuskeinoin. Saksassa vakuutusyhtiöt korvaavat rokotteet vakuutetuille asiantuntijalaitoksen ja asiantuntijaryhmän suositusten perusteella. Koska keskitettyä hankintamenettelyä ei ole, hinta asettuu myyjän, vakuutusyhtiön, rokottajan ja vakuutetun sopimusten määrittämän yksilökeskeisen algoritmien mukaisesti.

Minkälainen asiantuntija pitäisikään olla näitä eroja syvällisesti ymmärtämään ja viime kädessä kansaa ja päättäjiä neuvomaan, ei ainoastaan toteamaan miltä asiat näyttävät. ●



Miten asiantuntija tunnistaa omat sokeat pisteensä?